

ANGELA BUENO BECKER

**PREVALÊNCIA DE COMORBIDADE
PSIQUIÁTRICA EM PACIENTES INTERNADOS NAS
ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HU-UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2002**

ANGELA BUENO BECKER

**PREVALÊNCIA DE COMORBIDADE
PSIQUIÁTRICA EM PACIENTES INTERNADOS NAS
ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HU-UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Professora Orientadora: Prof^ª. Dra. Leticia Maria Furlanetto

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2002

*“A alegria do triunfo
jamais poderia ser experimentada
se não existisse a luta,
que é a que determina
a oportunidade de vencer.”*

C.B.G. Pecoche

Dedico este trabalho a todos aqueles
que me ajudaram a lutar,
e a vencer.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmãs pelo apoio, pelas correções e pelo estímulo constante.

À Prof.^a Dr.^a Letícia Maria Furlanetto, minha orientadora, por sua paciência, dedicação e por sua sabedoria na arte de ensinar.

Ao tio André, incansável, por toda sua ajuda.

Ao tio Bueno e a Lígia Becker, minha madrinha, por suas correções e sugestões.

Ao Leandro, companheiro eterno, por estimular-me sempre a ser melhor.

A todos meus amigos, por estarem comigo nos momentos mais difíceis.

Aos colegas de pesquisa, pelo companheirismo e ajuda mútua.

Aos pacientes, que tanto me ensinaram, compartilhando sua vida e sua história.

SUMÁRIO

1. Introdução	1
2. Objetivo	5
3. Método	6
3.1. Casuística	6
3.2. Local	7
3.3. Procedimentos	7
3.4. Avaliação da Comorbidade Psiquiátrica	7
3.5. Aspectos Éticos	8
3.6. Análise Estatística	9
4. Resultados	10
5. Discussão	15
6. Conclusão	19
7. Normas Adotadas	20
8. Referências Bibliográficas	21
Apêndice	25

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo determinar a prevalência de comorbidade psiquiátrica (CP) entre os pacientes internados nas enfermarias de clínica médica (ECM) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). Realizou-se um estudo transversal, selecionando por randomização pacientes internados nas ECM do HU-UFSC no período de maio de 2000 a março de 2002. Dos 1234 pacientes elegíveis para o estudo, 27,6% foram excluídos, chegando-se a uma amostra final de 893 pacientes. A avaliação psiquiátrica foi realizada através de avaliação clínica, na qual os pacientes que cumpriam critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - quarta edição (DSM-IV) para *delirium* e/ou demência eram agrupados na categoria diagnóstica “prejuízo cognitivo”. Nos pacientes sem prejuízo cognitivo, o diagnóstico foi feito através da “Mini International Neuropsychiatric Interview” (MINI), entrevista diagnóstica padronizada baseada nos critérios do DSM-IV. A amostra apresentou predomínio de homens (64,2%), brancos (84,8%), casados/amasiados (59%). A média de idade \pm desvio padrão (DP) foi de $53,1 \pm 18$ anos e a média de escolaridade \pm DP foi de $5,5 \pm 4$ anos. Foi feito diagnóstico psiquiátrico em 275 pacientes (30,8%). Prejuízo cognitivo foi encontrado em 145 pacientes (16,2%), transtornos relacionados a substâncias em 64 (7,2%) e transtornos do humor em 48 (5,4% da amostra). Concluímos que a presença de CP nas ECM do HU-UFSC é alta (30,8%). Este dado é importante para que se busque diagnosticar tais pacientes, realizando um tratamento adequado do transtorno psiquiátrico, além de permitir um melhor planejamento dos serviços psiquiátricos em hospitais gerais.

SUMMARY

The aim of the present study was to determine the prevalence of psychiatric disorders (PD) among medical in-patients in a university hospital (HU-UFSC). A transversal study was performed, selecting by randomization patients admitted to the medical wards of HU-UFSC from May 2000 to March 2002. Of the 1234 patients eligible for the study, 27,6% were excluded. The final sample included 893 patients. The psychiatric evaluation was carried out by a clinical interview, in which the patients with *delirium* or dementia, according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-fourth edition (DSM-IV) criteria, were grouped in the diagnostic category “cognitive impairment”. Those who were not cognitively impaired were evaluated with a standardized interview, the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), which is based on DSM-IV disorders. In this sample, 64,2% were male, 84,8% white and 59% were married. The mean age \pm Standard Deviation (SD) was $53,1 \pm 18$ years and the mean educational level \pm SD was $5,5 \pm 4$ years. A psychiatric diagnosis was detected in 275 patients (30,8%). Cognitive impairment was the most common PD found (16,2%). Substance disorders were present in 64 patients (7,2%) and depressive disorders in 48 (5,4%). We found a high prevalence of PD in the medical in-patients of HU-UFSC (30,8%). This data highlights the need to detect PD in these patients in order to offer them adequate treatment, improving their physical and mental conditions. Besides that, it provides data for planning psychiatric services in general hospitals.

LISTA DE ABREVIATURAS

BDI	“Beck Depression Inventory” (Inventário Beck de Depressão)
CGI	“Clinical Global Impression” (Impressão Clínica Global)
CID-9	Classificação Internacional de Doenças, nona edição
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, décima edição
CIS-R	“Clinical Interview Schedule, revised version” (Roteiro de Entrevista Clínica, versão revisada)
DSM-III	“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition” (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, terceira edição)
DSM-III-R	“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, revised version” (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, terceira edição revisada)
DSM-IV	“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition” (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, quarta edição)
GHQ	“General Health Questionnaire”
HAD	“Hospital Anxiety and Depression Scale” (Escala para Avaliação de Ansiedade e Depressão no Contexto do Hospital Geral)
HU-UFSC	Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina
MINI	“Mini International Neuropsychiatric Interview”
MMSE	“Mini-Mental State Examination”
PSE	“Present State Examination”
SCAN	“Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry”
SPI	“Standardized Psychiatric Interview” (Entrevista Psiquiátrica Estruturada)
SPMSQ	“Short Portable Mental Status Questionnaire”
SRQ	“Self Reporting Questionnaire”
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

1. INTRODUÇÃO

A comorbidade psiquiátrica consiste na presença de transtornos mentais em pacientes com doenças físicas. Sua alta prevalência é bem conhecida em pacientes de atenção primária,¹⁻³ ambulatoriais⁴ e na prática médica geral.⁵ Em um artigo clássico de revisão, Mayou⁶ demonstra que no hospital geral também se observa que pacientes com doenças físicas padecem mais de transtornos psiquiátricos, apesar de haver poucos estudos de comorbidade psiquiátrica global nesta população.⁶

A presença de comorbidade psiquiátrica não tratada influencia de maneira significativa a evolução clínica dos pacientes com doenças físicas.⁷ Observa-se que pacientes com comorbidade psiquiátrica, entre elas principalmente a depressão, apresentam baixas taxas de adesão aos tratamentos médicos^{8,9} e maior morbi-mortalidade, mesmo após controlar a gravidade física.¹⁰⁻¹⁵ Pacientes com diagnóstico de depressão,¹⁶⁻¹⁸ prejuízo cognitivo¹⁶⁻²³ ou ansiedade^{16, 18} permanecem mais tempo internados e apresentam maior número de re-internações,¹⁷ aumentando, conseqüentemente, os custos referentes ao tratamento destes pacientes.^{16, 24} Não obstante, transtornos mentais são muitas vezes subdiagnosticados na prática clínica.²⁵⁻²⁸

Na literatura, encontramos taxas de prevalência de comorbidade psiquiátrica em hospital geral que variam de 31%²⁹ a 61%.³⁰ Em um estudo canadense utilizando uma entrevista semi-estruturada, Silverstone *et al.*²⁵ chegaram a um diagnóstico psiquiátrico em 35,9% da amostra, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, quarta edição (DSM-IV).³¹ No Brasil, a presença de serviços de psiquiatria no hospital geral é modesta e as pesquisas nessa área são escassas. Encontramos um estudo realizado no Hospital Universitário de Campinas que relata uma freqüência global de transtornos psiquiátricos de 36%.³²

No entanto, a maioria dos estudos de prevalência em hospital geral considera uma amostra específica (pacientes com *Diabetes Mellitus*,³³ pacientes neurológicos²⁷ ou idosos^{19, 23}) e/ou transtornos psiquiátricos específicos.^{19, 34, 35} A prevalência de depressão tem sido a mais estudada, com artigos de revisão sugerindo que 15 a 60% dos pacientes apresentam-se deprimidos no momento da entrevista.^{6, 36}

Um resumo dos principais estudos da literatura nacional e internacional no período de 1974 a 2002 é apresentado nos **Quadros 1 e 2**.

QUADRO 1 – Prevalência global de comorbidade psiquiátrica em pacientes internados em hospital geral – Revisão da literatura.

ESTUDO / ANO	N	INSTRUMENTO (S) – PONTO DE CORTE (PC)	TRANSTORNO	PREVALÊNCIA (%)
Fulop <i>et al.</i> , 1998 ²³	467 (≥ 65 anos)	Entrevista clínica estruturada para DSM-III-R MMSE – PC ≤ 23	Prevalência global - Transtornos de Ansiedade - Transtornos Depressivos - Prejuízo Cognitivo	44,5 10,9 18,8 26,9
Silverstone <i>et al.</i> , 1996 ²⁵	343	MMSE – PC < 22 SCAN Critérios diagnósticos do DSM-IV	Prevalência global - Prejuízo Cognitivo - <i>Delirium</i> - Demência - Depressão Maior* - Transtornos de Ansiedade - Dep/Abuso Álcool - Transtorno de Ajustamento	35,9 8,7 6,1 2,6 5,1 6,7 5,4 13,7
Botega <i>et al.</i> , 1994 ³²	78	CIS-R – PC ≥ 9 Sintomas de ansiedade e depressão significativos - CIS-R ≥ 2	Prevalência global Depressão Ansiedade	36,0 28,2 26,9
Deshpande <i>et al.</i> , 1989 ³⁷	350	SRQ (screening) – PC ≥ 11 PSE e MSE Entrevista clínica com critérios da CID 9	Prevalência global† - <i>Delirium</i> - Psicose Maníaco Depressiva - Ansiedade + TOC - Distímia - Dependência Álcool - Transtorno de Ajustamento	34,3 10,9 1,0 4,1 4,2 0,4 10,4
Cavanaugh, 1983 ³⁰	335	MMSE – PC ≤ 23 GHQ – PC ≥ 5 BDI – PC ≥ 21	Prevalência global - Transtorno Cognitivo - Alteração Emocional - Depressão	61,0 28,0 61,0 14,0
Maguire <i>et al.</i> , 1974 ²⁹	170	GHQ-60 (screening) -PC >11 SPI – PC ≥ 2	Prevalência global - Depressão - Ansiedade - Alcoolismo - Transtorno psicótico orgânico	31,2 14,7 6,7 0,6 3,5

*Modificado por Endicott: Substituição de 4 sintomas somáticos por 4 não somáticos.

†Valores corrigidos foram utilizados para todos os cálculos neste estudo, exceto *Delirium*

Abreviaturas usadas: MMSE = “Mini-Mental State Examination” (escala para avaliação do estado cognitivo)

SCAN = “Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry”

DSM-III-R = “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, revised version” (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, terceira edição revisada)

DSM-IV = “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition” (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, quarta edição)

CIS-R = “Clinical Interview Schedule, revised version” (Roteiro de Entrevista Clínica, versão revisada)

SRQ = “Self Reporting Questionnaire”

GHQ = “General Health Questionnaire”

SPI = “Standardized Psychiatric Interview” (Entrevista Psiquiátrica Estruturada)

PSE = “Present State Examination”

TOC = Transtorno obsessivo-compulsivo

QUADRO 2 – Prevalência de comorbidade psiquiátrica específica em pacientes internados em hospital geral – Revisão da literatura.

ESTUDO / ANO	N	INSTRUMENTO(S) – PONTO DE CORTE (PC)	TRANSTORNO	PREVALÊNCIA (%)
Furlanetto, 1996 ³⁸	155	CIS + avaliação clínica BDI	Síndrome depressiva - Leve - Moderada - Grave	32,3 12,3 13,5 6,5
Botega <i>et al.</i> , 1995 ³⁵	78	CIS-R Escala de gravidade de sintomas (2 = leve; 3 = moderada; 4 = grave) “caso” = a) CIS-R ≥ 2 para ansiedade e/ou ≥ 4 para depressão + idéias depressivas b) escala de gravidade ≥ 2	Transtorno do Humor - Depressão - Ansiedade - Depressão+Ansiedade Casos de Ansiedade - Leve - Moderada - Grave Casos de Depressão - Leve - Moderada	39,0 19,2 6,4 14,1 20,5 18,0 1,3 1,3 33,0 24,4 8,9
Nascimento & Noal, 1992 ³⁹	190*	BDI – PC ≥ 14 - Leve = 14 - 21 - Moderada/Grave = ≥ 21	Depressão - Leve - Moderada/Grave	30,5 18,4 12,1
Machado <i>et al.</i> , 1988 ³⁴	90	Entrevista psiquiátrica (EP) BDI – PC ≥ 14 ≥ 21	Depressão	EP = 44,4 PC ≥ 14 = 51,1 PC ≥ 21 = 36,6
Erkinjuntti <i>et al.</i> , 1986 ¹⁹	2000 (≥55 anos)	SPMSQ (screening) – PC ≥ 2 Entrevista clínica com critérios do DSM-III	Prejuízo Cognitivo { - Demência - Delirium	55-64 anos = 7,1 ≥ 85 anos = 44,6 9,1 15,1
Roca <i>et al.</i> , 1984 ⁴⁰	380† (>40 anos)	Crítérios DSM III MMSE – PC < 24	Demência	15,0
Cavanaugh <i>et al.</i> , 1983 ⁴¹	309	BDI – PC > 10 - Leve = 11 - 20 - Moderada = 21 - 30 - Grave = > 30	Depressão - Leve - Moderada - Grave	45,0 31,0 8,0 6,0
Moffic & Paykel, 1975 ⁴²	150	BDI – PC ≥ 14	Depressão	24,0

* Pacientes clínicos e cirúrgicos

† Excluídos pacientes analfabetos.

Abreviaturas utilizadas: BDI = “Beck Depression Inventory” (Inventário Beck de Depressão)

CIS-R = “Clinical Interview Schedule, revised version” (Roteiro de Entrevista Clínica, versão revisada)

CGI = “Global Clinical Impression” (Impressão Clínica Global)

HAD = “Hospital Anxiety and Depression Scale”

SPMSQ = “Short Portable Mental Status Questionnaire”

DSM-III = “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition” (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, terceira edição)

MMSE = “Mini-Mental State Examination” (escala para avaliação do estado cognitivo)

Como se pôde observar nos quadros 1 e 2, existe grande variação na prevalência de comorbidade psiquiátrica encontrada por estudo. É consenso que há uma grande dificuldade na pesquisa, avaliação e compreensão dos dados obtidos com estudos realizados em hospital geral.^{6, 25, 32, 38, 41} Observam-se inúmeras divergências em seus resultados devido à dificuldade na definição de “caso” e à falta de instrumentos adequados para tal população.⁴³ A nosografia* psiquiátrica utilizada atualmente não é adequada para o entendimento da morbidade psiquiátrica nos pacientes de hospital geral, visto ser uma classificação baseada em casos de hospitais psiquiátricos, com quadros geralmente mais graves, mais complexos e de pior prognóstico. No hospital geral, a presença dos sintomas físicos conseqüentes à condição física, ao uso de medicamentos, seus efeitos adversos e interações bem como o fato de os pacientes geralmente apresentarem sintomatologia psiquiátrica mais leve, concorrem para que o uso das classificações nosológicas neste contexto seja confuso, dificultando o diagnóstico e a conduta nestes pacientes.⁴³

Apesar destas dificuldades, o reconhecimento de comorbidades psiquiátricas em pacientes internados em hospitais gerais deve ser destacado, visto que são condições freqüentes, para as quais existem tratamentos eficazes e que, uma vez não diagnosticadas e tratadas, afetam negativamente a evolução clínica destes pacientes. Tal conhecimento permite estabelecer um planejamento dos serviços psiquiátricos, de acordo com as necessidades clínicas, bem como uma melhor formação acadêmica, além de despertar nos profissionais de saúde maior interesse na busca de possíveis transtornos psiquiátricos em seus pacientes.

No presente estudo, nos propomos a avaliar a prevalência de comorbidade psiquiátrica em uma população de pacientes com doenças físicas, internados em um hospital geral.

* Nosografia é a descrição e classificação das doenças.

2. OBJETIVO

Determinar a prevalência de comorbidade psiquiátrica entre os pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

3. MÉTODO

3.1. Casuística

A seleção foi feita através de randomização após serem anotados os nomes de todos os pacientes consecutivamente internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago de Florianópolis (HU-UFSC), no período de maio de 2000 a março de 2002. Foram elegíveis para participarem deste estudo 1234 pacientes. A amostra final compreendeu 893 pacientes ($N = 893$) e foi composta de acordo com os seguintes critérios:

3.1.1. Critérios de Inclusão:

- a) Idade: igual ou maior que 18 anos.
- b) Consentimento do paciente ou familiar após esclarecimento (vide aspectos éticos).

3.1.2. Critérios de Exclusão:

- a) Pacientes que não conseguiram colaborar de maneira adequada com a entrevista, por alterações decorrentes da doença de base ou da condição física geral: afasia, hipoacusia severa, dispnéia ou dor intensa.
- b) Pacientes cirúrgicos.
- c) Recusa do paciente.
- d) Causas administrativas:
 - Pacientes internados há mais de 07 dias no momento da entrevista.
 - Pacientes que não se encontravam nas enfermarias do hospital no momento da entrevista, por já haver recebido alta ou licença hospitalar, por transferência à UTI ou outros hospitais ou por realização de exames fora do HU.

3.2. Local

Este estudo foi realizado nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, HU-UFSC. A enfermaria geral de adultos possui um total de 90 leitos que atendem a pacientes provenientes da grande Florianópolis e de outras localidades do estado.

3.3. Procedimentos

Realizou-se um estudo transversal de prevalência de comorbidades psiquiátricas em pacientes internados nas enfermarias do HU-UFSC. Os pacientes selecionados, isto é, aqueles que preenchiam os critérios de inclusão, eram entrevistados para o preenchimento do questionário de variáveis sócio-demográficas e clínicas (veja apêndice). Quando necessário, os questionários eram complementados com informações colhidas nos prontuários. No mesmo dia, os pacientes eram submetidos à avaliação psiquiátrica, que consistia primeiro em uma avaliação clínica, seguida ou não da aplicação de uma entrevista semi-estruturada.

3.4. Avaliação da Comorbidade Psiquiátrica

Por meio de avaliação clínica, os pacientes que preenchiam critérios para *delirium** e/ou demência, segundo o DSM-IV,³¹ eram considerados como tendo comorbidade psiquiátrica e agrupados na categoria diagnóstica “prejuízo cognitivo”, conforme outros pesquisadores nesta área.^{23, 26, 40, 44} Estes pacientes não prosseguiram com a entrevista semi-estruturada visto que não responderiam de maneira adequada às perguntas.

* *Delirium* é conceituado pelo DSM-IV³¹ como uma perturbação da consciência, acompanhada por uma alteração na cognição, que não pode ser melhor explicada por uma demência preexistente, ou em evolução. Quando há prejuízo cognitivo não é possível avaliar a presença ou não de outros transtornos psiquiátricos.

A avaliação psiquiátrica dos demais pacientes foi realizada através de uma entrevista diagnóstica padronizada, a “Mini Internacional Neuropsychiatric Interview” (MINI).⁴⁵ O MINI⁴⁵ é um questionário breve e compatível com os critérios do DSM-IV,³¹ desenvolvido por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida e traduzido para o português.⁴⁶ Estudos de validação em países da Europa e nos Estados Unidos mostraram índices de confiabilidade e qualidades psicométricas satisfatórias, comparáveis aos de outros questionários diagnósticos padronizados e complexos.^{45, 46}

O MINI⁴⁵ permite uma avaliação rápida, entre 15 a 30 minutos, dos principais transtornos do eixo I do DSM-IV,³¹ priorizando a exploração dos transtornos atuais. Avalia também o transtorno de personalidade anti-social, pertencente ao eixo II do DSM-IV.³¹

Foi utilizada para este estudo a versão integral do MINI⁴⁵ (versão brasileira 5.0.0), que compreende 19 módulos que exploram dezessete transtornos do eixo I do DSM-IV,³¹ o risco de suicídio e o transtorno da personalidade anti-social. No entanto, para análise dos resultados, conforme o objetivo do presente estudo, consideraram-se apenas os diagnósticos de transtornos atuais.

Foram, portanto, considerados como apresentando comorbidade psiquiátrica, aqueles pacientes com diagnóstico de prejuízo cognitivo, acrescidos daqueles com 1 ou mais diagnósticos psiquiátricos dados pelo MINI.⁴⁵

3.5. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Pesquisa em Seres Humanos do HU-UFSC e aprovado pelo mesmo. Antes da entrevista com cada paciente, os mesmos eram esclarecidos sobre a pesquisa e, somente com o consentimento por escrito do paciente, dava-se início à entrevista. Entre as informações dadas aos pacientes constavam explicações sobre a pesquisa e o esclarecimento de que a participação no estudo era voluntária. Além disso, foi explicado que em nada alteraria seu tratamento caso optassem por não participar.

Nos casos de pacientes que apresentavam alterações na capacidade de julgamento (por exemplo, naqueles com prejuízo cognitivo), o consentimento escrito, após esclarecimento, foi obtido com um familiar ou acompanhante.

3.6. Análise Estatística

A análise dos dados foi feita através do “Statistical Package for the Social Sciences”, versão 10.0 (SPSS-10).⁴⁷ Para a caracterização da amostra foram utilizados percentagens, médias e desvios-padrão, conforme apropriado. Foram descritos o número e a percentagem total de pacientes com comorbidade psiquiátrica. Além disso, foram descritos o número e a percentagem de pacientes em cada uma das categorias diagnósticas abaixo:

1. Prejuízo Cognitivo: *delirium*; demência e outros transtornos com declínio cognitivo
2. Transtornos do Humor: episódio depressivo maior; distímia; mania; hipomania
3. Transtornos de Ansiedade: transtorno do pânico; agorafobia sem pânico atual; fobia social; transtorno obsessivo-compulsivo; transtorno de estresse pós-traumático; transtorno de ansiedade generalizada
4. Transtornos Relacionados a Substâncias: abuso/dependência de álcool; abuso/dependência de outras substâncias
5. Transtornos Alimentares: anorexia nervosa; bulimia
6. Transtorno de Personalidade Anti-Social

4. RESULTADOS

A amostra final compôs-se de 893 pacientes, sendo que 27,6% da amostra inicialmente elegível para estudo foi excluída. O principal motivo de exclusão foi por causas administrativas ou por falta de consentimento familiar quando o paciente apresentava um prejuízo cognitivo (31,4% dos excluídos). Noventa e um pacientes (26,7%) se recusaram a participar do estudo.

A amostra apresentou um predomínio do gênero masculino e da raça branca. A idade média \pm desvio padrão (DP) foi de $53,1 \pm 18$ anos, variando de 18 a 99 anos. A média de escolaridade \pm DP foi de $5,5 \pm 4$ anos. As principais características sócio-demográficas são apresentadas na **Tabela 1**.

TABELA 1 – Características sócio-demográficas da amostra (N=893)

Característica	n	%*
Gênero		
Masculino	573	64,2
Feminino	320	35,8
Idade (anos)		
18-64	628	70,6
≥ 65	262	29,4
Raça		
Branca	757	84,8
Parda	69	7,7
Negra	52	5,8
Estado Civil		
Solteiro(a)	111	12,4
Casado(a) / Amasiado(a)	527	59,0
Separado(a) / Divorciado(a)	114	12,8
Viúvo(a)	124	13,9
Escolaridade (anos)		
0 (analfabeto)	94	11,2
1 - 4	351	41,7
5 - 8	216	25,7
> 8	180	21,4

FONTE: HU-UFSC, 2000-2002

*Algumas variáveis não atingem 100% porque os dados não puderam ser obtidos.

Dos pacientes avaliados, 18,2% foram internados devido a doenças de origem circulatória, 14,4% por doenças respiratórias e 14,1% por causas digestivas (**Figura 1**).

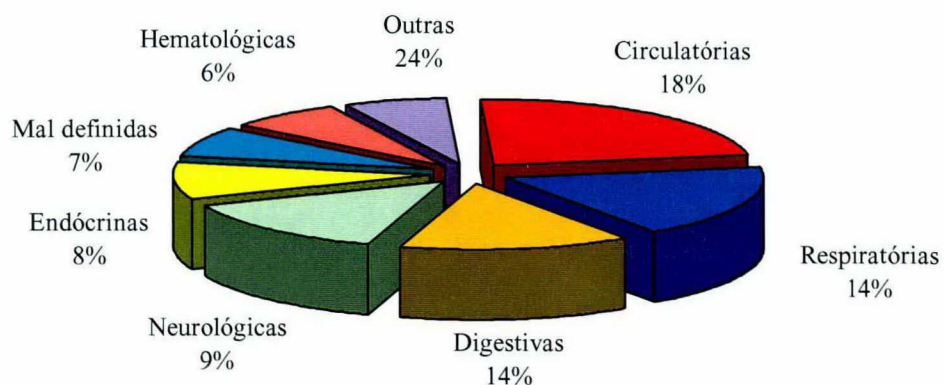


Figura 1 – Distribuição dos pacientes da amostra por motivo de internação

Vinte e sete e meio por cento da amostra ocupava leitos da clínica médica, 14,8% da cardiologia e 14,2% da gastroenterologia (**Figura 2**).

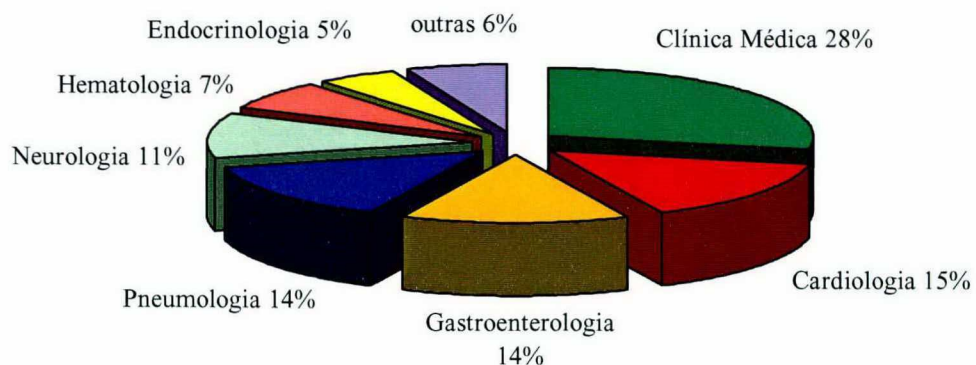


Figura 2 – Distribuição dos pacientes da amostra por especialidades

A condição clínica mais freqüente entre os entrevistados foi Hipertensão Arterial Sistêmica, seguido de *Diabetes Mellitus*, como pode ser observado na **Tabela 2**.

TABELA 2 – Características clínicas da amostra (N = 893)

Característica clínica	n	%
História de Hipertensão Arterial Sistêmica	320	35,8
História de <i>Diabetes Mellitus</i>	151	16,9
História de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	138	15,5
História de Infarto Agudo do Miocárdio	89	10,0
História de Acidente Vascular Cerebral	66	7,4

FONTE: HU-UFSC, 2000-2002

Encontramos uma prevalência global de 30,8% de comorbidade psiquiátrica atual, sendo que as três categorias diagnósticas mais freqüentes foram prejuízo cognitivo (16,2%), transtornos relacionados a substâncias (7,2%) e transtornos do humor (5,4%). Nenhum paciente cumpriu critérios para transtornos alimentares, transtorno obsessivo-compulsivo, mania ou hipomania. Para melhor compreensão e análise dos resultados, agrupamos alguns itens diagnósticos da entrevista de acordo com a nosologia e nosografia atuais (**Tabela 3**).

TABELA 3 – Prevalência de comorbidade psiquiátrica nas enfermarias de
Clínica Médica do HU-UFSC através de avaliação
psiquiátrica pela entrevista semi-estruturada MINI* (N=893)

TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO ATUAL	n	% [†]
1. Prejuízo Cognitivo[‡]	145	16,2
<i>Delirium</i>	53	5,9
Demência	87	9,7
Outros transtornos com declínio cognitivo	5	0,6
2. Transtornos do Humor	48	5,4
Episódio Depressivo Maior	42	4,7
Distímia atual	6	0,7
Mania/Hipomania	zero	zero
3. Transtornos de Ansiedade	47	5,2
Transtorno do Pânico	2	0,2
Agorafobia sem Pânico atual	15	1,7
Fobia Social	2	0,2
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	zero	zero
Transtorno de Estresse pós Traumático	3	0,3
Transtorno de Ansiedade Generalizada	25	2,8
4. Transtornos Relacionados a Substâncias	64	7,2
Transtornos relacionados ao álcool	57	6,4
- Dependência de álcool	50	5,6
- Abuso de álcool	7	0,8
Transtornos relacionados a outras substâncias	22	2,4
- Dependência de outras substâncias	18	2,0
- Abuso de outras substâncias	4	0,4
5. Transtornos Alimentares	zero	zero
6. Transtorno de Personalidade Anti-Social	6	0,7
Prevalência Global de Comorbidade Psiquiátrica	275	30,8

Fonte: HU-UFSC, 2000-2002

* MINI = “Mini International Neuropsychiatric Interview”⁴⁵

[†] Um mesmo paciente poderia ter mais de um diagnóstico psiquiátrico

[‡] Prejuízo Cognitivo = *Delirium* e/ou Demência. Estes pacientes receberam diagnósticos através de avaliação clínica segundo critérios do DSM-IV.³¹

5. DISCUSSÃO

A prevalência de comorbidade psiquiátrica encontrada foi de 30,8% e está de acordo com a literatura nacional³² e internacional.^{25, 29, 37} Valores encontrados em estudos prévios variam de 31%²⁹ a 61%,³⁰ sendo difícil a confrontação de dados, visto que cada estudo adotava instrumentos e pontos de corte variados, sem um consenso na definição de “caso”.⁶ Este estudo utiliza critérios do DSM-IV³¹ para diagnóstico dos principais transtornos psiquiátricos, ou seja, somente se considerou um “caso” aqueles pacientes que respondiam positivamente a cada transtorno avaliado pelo MINI.⁴⁵ Este dado é importante visto que outros estudos encontraram taxas de prevalência superiores, 41,9%²⁵ e 49%³⁷ quando consideravam sintomas psiquiátricos em qualquer grau.

Quando avaliamos os transtornos do humor e em particular a depressão, observamos que as nossas taxas (5,4% e 4,7% respectivamente) estão de acordo com a encontrada por Silverstone *et al.*²⁵ para depressão (5,1%). Em contraste, outros estudos^{6, 27, 29, 30, 38, 39, 42} apresentam resultados bastante superiores, com 19%³⁸ a 51%³⁴ de seus pacientes sendo considerados deprimidos. A prevalência encontrada depende claramente dos critérios empregados. Estudos que utilizaram instrumentos como o CIS^{27, 32, 38} e o BDI^{34, 38, 39, 41, 42} avaliavam sintomas ou síndromes depressivas e encontraram taxas mais elevadas de depressão, sugerindo que este aumento na prevalência era às custas dos casos leves da doença, ou de sintomas que muitas vezes podem ser esperados como reações “normais” à doença física. Tais pacientes não eram considerados nos outros instrumentos por não preencherem critérios diagnósticos para episódio depressivo maior ou transtorno depressivo maior. Em contrapartida, o estudo de Silverstone,²⁵ analisado acima, baseava seus critérios diagnósticos no DSM-IV,³¹ e encontrou taxas mais reduzidas, provavelmente refletindo apenas os casos de gravidade mais significativa. Se, por um lado, um diagnóstico categórico permite determinar se o paciente tem ou não depressão, sendo útil para melhor compreensão e manejo do paciente, este pode não ser compatível com a realidade que se apresenta no hospital geral. Segundo Furlanetto, “o que se observa é uma ampla gama de gravidade de transtornos depressivos, sobretudo com altas taxas de síndromes leves e moderadas, tornando-se mais exequível e eficaz neste contexto buscar diagnosticar “o quanto” do transtorno o paciente apresenta”.³⁸

A ansiedade apresenta-se nos pacientes de hospital geral, à semelhança da depressão, através de sintomas leves e inespecíficos, fazendo parte, muitas vezes, da situação ansiogênica caracterizada por uma combinação de ansiedade, depressão e preocupações, vividas pelo paciente ao lidar com a sua doença física, até adaptar-se a ela e ao ambiente hospitalar. Em alguns estudos^{6, 26, 35} é considerada dentro do grupo “transtorno emocional” ou “transtorno do humor”. Em outros é abordada isoladamente e/ou associada à depressão.^{27, 32, 35} A prevalência geral de transtornos de ansiedade encontrada foi de 5,2%, à semelhança dos estudos de Maguire (6,7%),²⁹ Desphande (3,4%),³⁷ Bridges (4%)²⁷ e Silverstone (6,7%).²⁵ Diferentemente, Botega *et al.*, em dois estudos, encontraram taxas de prevalência de ansiedade muito superiores aos encontrados em outros estudos da literatura (26,9% e 20,5%).^{32, 35} Tal resultado deve-se, provavelmente, ao fato de os instrumentos utilizados por Botega serem mais adequados para rastreamento que para diagnóstico, uma vez que avaliam a presença de sintomas e não de transtornos específicos.

Poucos estudos de prevalência de comorbidade psiquiátrica retratam frequência de transtornos relacionados a substâncias nos pacientes internados em hospital geral. Encontramos que 7,2% dos pacientes apresentavam algum tipo de dependência ou abuso, sendo a dependência ao álcool a mais comum dentre elas (5,6%). Nossos dados consonam com os resultados de Silverstone *et al.*,²⁵ que encontraram uma prevalência de 5,1% para abuso/dependência ao álcool. Estudos prévios, no entanto, revelam taxas menores de alcoolismo (0,6%²⁹ e 0,4%³⁷). É possível que esta diferença seja explicada pelas diferentes metodologias aplicadas. Outro aspecto a ser considerado é a diferença na amostragem. Espera-se que em uma população predominantemente masculina, como a do presente estudo (64,2%), encontre-se maior prevalência de transtornos relacionados a substâncias. Comparando um grupo com diagnóstico de alcoolismo e outro sem este diagnóstico, Silverstone *et al.*²⁵ observaram que o número de homens no primeiro grupo era significativamente maior quando comparado com o segundo.

A condição clínica prejuízo cognitivo foi a mais freqüente entre os pacientes avaliados neste estudo (16,2%). Como visto anteriormente na revisão da literatura, a freqüência geral deste transtorno varia entre 3,5 a 33%,^{6, 25, 29} sendo que há uma predominância para valores mais elevados. Quando comparamos nossos dados aos de estudos que revelam maior prevalência de prejuízo cognitivo, observamos que diferenças metodológicas e na amostra podem ter sido as responsáveis por tal divergência de valores.

No presente estudo, um número elevado de pacientes, 27,6%, foi excluído. Era de se esperar que tais pacientes apresentassem taxas mais elevadas de comorbidade psiquiátrica, visto que muitas das exclusões eram de pacientes com alterações da cognição e que, por não terem um familiar que consentisse com a realização da pesquisa, não puderam fazer parte da amostra estudada. O mesmo ocorreu com Maguire²⁹ que encontrou prevalência muito baixa de transtornos da cognição (3,5%), com uma taxa de exclusão de 26,1%. Sabe-se que a frequência de prejuízo cognitivo varia de maneira importante segundo o instrumento usado, o ponto de corte determinado, a idade média da amostra e seu grau de escolaridade.^{6, 19} A prevalência de demência observada neste estudo (9,7%) está de acordo com a de Erkinjuntti (9,1%),¹⁹ porém, com diferenças no instrumento empregado e na idade da amostra. *Delirium* foi diagnosticado em 5,9% dos pacientes. Tal dado é similar ao de Silverstone, que encontrou taxa de 6,1% para *delirum* na amostra estudada.²⁵

A boa atuação médica depende, fundamentalmente, de um tratamento adequado a doenças corretamente reconhecidas. O modelo biomédico no qual a Medicina ocidental se baseia favorece muitas vezes que o ser humano seja visto de uma maneira cartesiana, dicotomizada, separando-se corpo e mente.⁴⁸ No entanto, sem poder estabelecer uma relação causal, notamos uma grande concomitância de transtornos mentais e doenças físicas. Este conhecimento é importante visto que a comorbidade psiquiátrica influi de maneira significativa na evolução clínica, aumentando o sofrimento e o número de mortes destes pacientes.^{12, 14, 15, 19} Porém, para que possamos tratar de maneira adequada a comorbidade psiquiátrica, primeiro temos que diagnosticá-la e daí a importância de conhecer sua prevalência. Os resultados proporcionados por este trabalho podem auxiliar no ensino da psiquiatria nesta universidade, uma vez que refletem a realidade local de nossa população. O conhecimento da prevalência de comorbidade psiquiátrica no hospital geral também possibilita uma melhor organização do serviço de Psiquiatria para atender às necessidades clínicas e um melhor preparo dos atuais e dos futuros profissionais.

Como limitações do presente estudo, podemos citar:

1) a alta taxa de exclusão, que pode ter provocado uma subestimação dos problemas psiquiátricos – é possível que muitos dos pacientes excluídos apresentassem algum transtorno mental, entre eles principalmente prejuízo cognitivo;

2) o uso de uma entrevista semi-estruturada para fazer os diagnósticos de transtornos mentais, na qual os resultados encontrados são categóricos, ou seja, ou se tem ou não se

tem o transtorno em questão. Sabemos que no hospital geral seria mais válido um diagnóstico feito a partir de uma avaliação clínica, que permitisse distinguir e analisar os diversos matizes da doença e o “quanto” do transtorno o paciente apresenta.³⁸ No entanto, a opção por um instrumento padronizado tem vantagens, principalmente no que tange à possibilidade de reaplicação do estudo, na comparação com dados da literatura e em se poder chegar a um diagnóstico psiquiátrico de maneira mais simples, diagnosticando os casos que mais se beneficiariam com uma intervenção adequada.

Nossos resultados revelam uma alta prevalência de comorbidade psiquiátrica entre pacientes internados nas enfermarias médicas por doenças físicas. Assim, enfatizamos a necessidade de diagnosticar tais transtornos mentais, uma vez que o seu tratamento pode melhorar a condição física do paciente e sua qualidade de vida, repercutindo positivamente também em seu entorno familiar, além de trazer benefícios para o próprio hospital e equipe de saúde, visto que pacientes com comorbidade psiquiátrica requerem maior tempo e atenção da equipe de enfermagem e gastam mais com maior número de reinternações e internações mais prolongadas.

6. CONCLUSÃO

1. A prevalência de Comorbidade Psiquiátrica entre os pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário HU-UFSC é de 30,8%.

7. NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão de curso de graduação em Medicina, resolução n° 001/2001, aprovada em 05 de julho de 2001.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mari JJ, Williams P. Minor psychiatric disorder in primary care in Brazil: a pilot study. *Psychol Med* 1984;14(1):223-7.
2. Fullerton C, Florenzano R, Acuna J. Comorbidity of chronic diseases and psychiatric disorders among patients attending public primary care. *Rev Med Chil* 2000;128(7):729-34.
3. Nisenson LG, Pepper CM, Schwenk TL, Coyne JC. The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20(1):21-8.
4. Wells KB, Godding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988;145:976-981.
5. Olfson M, Mechanic D. Mental disorders in public, private nonprofit, and proprietary general hospitals. *Am J Psychiatry* 1996;153(12):1613-9.
6. Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry* 1986;149:172-90.
7. von Ammon Cavanaugh S, Furlanetto LM, Creech SD, Powell LH. Medical illness, past depression, and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality. *Am J Psychiatry* 2001;158(1):43-8.
8. Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2000;160(12):1818-23.
9. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000;160(14):2101-7.
10. Roach MJ, Connors AF, Dawson NV, Wenger NS, Wu AW, Tsevat J, et al. Depressed mood and survival in seriously ill hospitalized adults. The SUPPORT Investigators. *Arch Intern Med* 1998;158(4):397-404.
11. Lespérance F, Frasure-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med* 1996;58(2):99-110.

12. Furlanetto LM, Cavanaugh S, Bueno JR, Creech S, Powell L. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics* 2000;41(5).
13. Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. *Am J Psychiatry* 1998;155(1):4-11.
14. Januzzi JL, Jr., Stern TA, Pasternak RC, DeSanctis RW. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med* 2000;160(13):1913-21.
15. Furlanetto LM, Bueno JR, Silva RV. Características e evolução de pacientes com transtornos depressivos durante a internação em enfermarias de clínica médica. *J Bras Psiquiatr* 1998;47(12):609-617.
16. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry* 1990;147(11):1498-503.
17. Saravay SM, Pollack S, Steinberg MD, Weinschel B, Habert M. Four-year follow-up of the influence of psychological comorbidity on medical rehospitalization. *Am J Psychiatry* 1996;153(3):397-403.
18. Saravay SM, Steinberg MD, Weinschel B, Pollack S, Alovís N. Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital. *Am J Psychiatry* 1991;148(3):324-9.
19. Erkinjuntti T, Wikstrom J, Palo J, Autio L. Dementia among medical inpatients. Evaluation of 2000 consecutive admissions. *Arch Intern Med* 1986;146(10):1923-6.
20. Thomas RI, Cameron DJ, Fahs MC. A prospective study of delirium and prolonged hospital stay. Exploratory study. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(10):937-40.
21. Johnston M, Wakeling A, Graham N, Stokes F. Cognitive impairment, emotional disorder and length of stay of elderly patients in a district general hospital. *Br J Med Psychol* 1987;60 (Pt 2):133-9.
22. Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *Jama* 1990;263(8):1097-101.
23. Fulop G, Strain JJ, Fahs MC, Schmeidler J, Snyder S. A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stays of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics* 1998;39(3):273-80.

24. Simon GE, Manning WG, Katzelnick DJ, Pearson SD, Henk HJ, Helstad CS. Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizers of general medical care. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(2):181-7.
25. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(1):43-51.
26. Knights EB, Folstein MF. Unsuspected emotional and cognitive disturbance in medical patients. *Ann Intern Med* 1977;87(6):723-4.
27. Bridges KW, Goldberg DP. Psychiatric illness in inpatients with neurological disorders: patients' views on discussion of emotional problems with neurologists. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984;289(6446):656-8.
28. Machado SCEP, de Abreu PB, Pechansky F, Schneider FM. Depressão no hospital geral II: habilidade de detecção de sintomas depressivos pelo especialista não-psiquiatra. *Revista ABP-APAL* 1989;11(3):97-110.
29. Maguire GP, Julier DL, Hawton KE, Bancroft JH. Psychiatric morbidity and referral on two general medical wards. *Br Med J* 1974;1(902):268-70.
30. Cavanaugh S. The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in a general medical population: using the MMSE, GHQ, and BDI. *Gen Hosp Psychiatry* 1983;5(1):15-24.
31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
32. Botega NJ, Zomignani MA, Garcia JR, Bio MR, Pereira WA. Morbidade psiquiátrica no hospital geral: utilização da edição revisada da "clinical interview schedule- CIS-R". *Revista ABP-APAL* 1994;16(2):57-62.
33. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24(6):1069-78.
34. Machado SCEP, Pechansky F, Townsend R, Schneider FM. Depressão em hospital geral: dados preliminares. *Rev. Psiq., rs* 1988;10(3):57-62.
35. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Junior C, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermarias de clínica médica e validação de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública* 1995;29(5):355-56.
36. Kathol RG, Petty F. Relationship of depression to medical illness. A critical review. *J Affect Disord* 1981;3(2):111-21.

37. Deshpande SN, Sundaram KR, Wig NN. Psychiatric disorders among medical in-patients in an Indian hospital. *Br J Psychiatry* 1989;154:504-9.
38. Furlanetto LM. Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. *J Bras Psiquiatr* 1996;45(6):363-370.
39. Nascimento CAM, Noal MHO. Depressão em pacientes internados num hospital-escola. *Rev Psiquiatr RS* 1992;14(3):162-8.
40. Roca RP, Klein LE, Kirby SM, McArthur JC, Vogelsang GB, Folstein MF, et al. Recognition of dementia among medical patients. *Arch Intern Med* 1984;144(1):73-5.
41. Cavanaugh S, Clark DC, Gibbons RD. Diagnosing depression in the hospitalized medically ill. *Psychosomatics* 1983;24(9):809-15.
42. Moffic HS, Paykel ES. Depression in medical in-patients. *Br J Psychiatry* 1975;126:346-53.
43. Brasil M, Furlanetto LM. A atual nosologia psiquiátrica e a sua adequação ao hospital geral. *Cadernos do IPUB* 1997;6:59-70.
44. O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Fellows JL, Miller ND, Brook CP, et al. The reliability and validity of the Mini-Mental State in a British community survey. *J Psychiatr Res* 1989;23(1):87-96.
45. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
46. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15.
47. Norusis MJ. *SPSS/PC 10.0 Base Manual*. Chicago: SPSS Inc.; 2000.
48. Capra F. *O ponto de mutação - A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente*. São Paulo: Editora Cultrix; 1982.

APÊNDICE

FICHA DE COLETA DE DADOS

☐ Excluído? (circule o motivo)

1: Imp. Física; 2: +7dias; 3: <18a; 4: recusa; 5: outros.....

1- Nome:.....

2- Data da Internação:...../...../..... Pront.:.....

3- Leito:..... CID-10:.....

Espec: ☐ Cln med ☐ Cardio ☐ Pneumo ☐ Gastro ☐ Endocr ☐ Neuro ☐ Hemato ☐ outras

4- End:.....Nº.....Apto:.....

Cidade:.....UF:.....CEP:.....Tel:.....Cel:.....

5- Sexo: ☐ Masc ☐ Fem

6- Idade:..... Data de Nasc.:/...../.....(dd/mm/aaaa)

7- Raça: ☐ Branca ☐ Parda ☐ Negra ☐ Amarela ☐ Outras

8- Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado/Amasiado ☐ Viúvo ☐ Separado/Divorciado

9- Escolaridade:anos

10- História de Hipertensão Arterial? ☐ não ☐ sim

11- História de IAM? ☐ não ☐ sim

12- História de Diabetes? ☐ não ☐ sim (☐ tipo I / ☐ tipo II)

13- História de Acidente Vascular Cerebral? (com seqüelas) ☐ não ☐ sim

14- História de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica? ☐ não ☐ sim

15- Comorbidade Psiquiátrica Atual? ☐ não ☐ sim

Se sim, qual (ais)?

Diagnóstico(s) pelo MINI (DSM-IV):.....,.....,.....

Data da pesquisa:

TCC
UFSC
CM
0484

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0484

Autor: Becker, Angela Bue

Título: Prevalência de comorbidade psiqu



972811908

Ac. 253633

Ex.1 UFSC BSCCSM

N.Cham. TCC UFSC CM 0485